

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA DE VIRGINIA
COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNOINFANTIL

Carta-Acuerdo

El Departamento de Servicios de Asistencia Médica desea que tanto usted como su bebé estén sanos. Su Coordinador de la Atención Maternoinfantil (*Maternal and Infant Care Coordinator*) puede ayudarla a encontrar y obtener los servicios que usted o su bebé pudieran necesitar.

Su Coordinador puede ayudarla a obtener:

Atención médica
Servicios de WIC
Servicios médicos a domicilio
Transporte
Información sobre otros servicios

Y si usted está embarazada:

Servicios de nutrición a cargo de nutricionistas diplomados
Servicios domésticos
Información sobre la atención del embarazo y del niño

¡Su Coordinador está presente para ayudarla!

Por su parte, usted debe ayudar en la coordinación del cuidado haciendo lo siguiente:

- Obtener atención prenatal o infantil preventiva y de WIC lo antes posible.
- Cumplir con todas sus citas médicas.
- Informarle a su coordinador sus necesidades durante el embarazo o cuando se convierta en madre.
- Proporcionar al coordinador una forma para que se comunique con usted.
- Hacer lo mejor de su parte para cumplir con el plan y dar a luz a un bebé sano.

Tanto el coordinador como el cliente deben firmar esta Carta-Acuerdo para comenzar con los servicios de coordinación de la atención. Estos servicios pueden estar a cargo de uno o más coordinadores en la agencia.

Entiendo cómo debo colaborar y deseo obtener los servicios de coordinación de la atención. Los beneficios de atención prenatal y demás beneficios de Medicaid, FAMIS Plus o FAMIS MOMS no se cancelarán aun si elijo no obtener los servicios de coordinación de la atención. Reconozco que mi coordinador de la atención puede compartir mi información médica o la de mi bebé con mis proveedores médicos, conforme a las reglas sobre confidencialidad del paciente especificadas por HIPPA.

Entiendo cómo debo colaborar con los servicios de coordinación de la atención y trabajaré junto con la clienta para ayudarla a recibir los servicios que necesite.

Firma del coordinador

N.º del coordinador proveedor

N.º de elegibilidad de Medicaid

Fecha

Nombre del cliente en letras de imprenta

Firma del cliente/Tutor legal

Fecha